

Aus der Psychiatrischen- und Nervenlinik
zu Kiel.

Ein Fall
von
Akromegalie
mit bitemporaler Hemianopsie.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde

der
hohen medizinischen Fakultät

der
Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt

von

Wilhelm Ladisch,
approb. Arzt aus Arnswalde.

KIEL

Druck von Chr. Donath.
1903.

Aus der Psychiatrischen- und Nervenlinik
zu Kiel.

Ein Fall
von
Akromegalie
mit bitemporaler Hemianopsie.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät

der

Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt

von

Wilhelm Ladisch,

approb. Arzt aus Arnswalde.

KIEL

Druck von Chr. Donath.

1903.

No. 38.

Rektoratsjahr 1903/04.

Referent: **Siemerling.**

Zum Druck genehmigt:

Dr. **Fischer**

z. Z. Dekan.

Meiner lieben Mutter

in Dankbarkeit gewidmet.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Die Akromegalie wurde zuerst im Jahre 1886 von Pierre Marie an der Hand zweier Fälle als selbständige Krankheit beschrieben. Nachdem so die Aufmerksamkeit auf dieses Leiden gerichtet worden war, wurde im Laufe der Jahre eine ganze Reihe von Fällen veröffentlicht. Trotzdem man jetzt über pathologische Anatomie, Symptome und Verlauf dieser Krankheit gut unterrichtet ist, ist ihre Pathogenese noch ziemlich dunkel. Es sind zwar verschiedene Theorien über letztere aufgestellt, aber keine ist bisher völlig bewiesen. Am meisten hat noch die Hypophysentheorie für sich, welche annimmt, dass die Akromegalie von der Erkrankung der Hypophysis abhängig ist. Gewiss zeigen die meisten Erkrankungen an Akromegalie Erscheinungen einer Hypophysenaffection und die nachher gemachten Sectionen bestätigen immer die Diagnose. So fand auch ich bei der Durchsicht der Litteratur, vor allem des Neurologischen Centralblattes, 27 Fälle von Akromegalie, bei denen die Autopsie gemacht wurde. Unter diesen war 24 mal die Hypophysis afficiert und zwar wurden 12 Tumoren ohne nähere Bezeichnung angegeben, 7 mal waren es Sarcome, 2 mal Gliome, 2 mal Adenome und einmal ein Cylindrom; 3 mal wurde die Hypophysis normal befunden. Bei 11 der Fälle mit Hypophysisgeschwülsten wurde hervorgehoben, dass sie an Sehstörungen theils leichter, theils schwerer Art gelitten hatten. Ferner fand ich noch weitere 20 Fälle veröffentlicht, welche mit Sehstörungen verbunden waren und wohl deshalb auch auf eine Afficiierung der Hypophysis schliessen lassen. Als Gegenstück zu den oben angeführten 3 Fällen von Akromegalie ohne Hypophysenerkrankung fand ich die Angabe, dass bei 3 Sectionen von Personen, die wohl an Sehstörungen, aber sonst durchaus nicht an Akromegalie gelitten hatten, ein Sarcom der Hypophysis gefunden wurde. Man muss also hiernach zu dem Ergebnis kommen, dass wohl bei den allermeisten Fällen von Akromegalie die Hypophysis afficiert ist, dass die Akromegalie aber nicht von der Erkrankung der

Hypophyse abhängt, dass vielmehr letztere nur ein allerdings ziemlich constantes Symptom der Akromegalie ist. Auch andere Theorien, wie die „nervöse Theorie“ von Magerdie, v. Recklinghausen und Panas, die Theorie der „atavistischen Wachstumsanomalie“ von Freund und Campbell und die „Thymustheorie“ von Klebs sind bisher nicht bewiesen. Wenn überhaupt etwas unsere Unkenntnis über die Pathogenese dieser Krankheit beweisen kann, so ist es wohl die grosse Zahl der über sie aufgestellten Theorien.

Auch bei der Therapie ist man noch nicht über einige meistens fehlgeschlagene Versuche hinausgekommen. Man hat die verschiedensten Mittel versucht. In der Annahme, dass die Hypophysis der eigentliche Herd der Erkrankung sei, gab man Hypophysenpräparate; da man ferner glaubte, dass Hypophyse und Thyreoidea in Beziehung ständen, auch Schilddrüsenpräparate. Ich fand in der Litteratur angegeben, dass Hypophysenpräparate 5 mal Besserung, 2 mal keine Besserung brachten. Mit Schilddrüsenpräparaten will Caton bei einer Patientin schnelle Heilung erzielt haben. Bei 4 Kranken brachte die Verabfolgung dieser Präparate geringe Besserung, meist aber nur des subjektiven Befindens; 7 mal hatten sie keinen Erfolg, bei einer Patientin verschlimmerte sich sogar hiernach ihr Zustand. Bruns gab einer Frau mehrere Monate hindurch Thyreoideatabletten mit geringem Erfolg. Während der Kur trat allgemeine Abmagerung ein. Dann bekam die Patientin beschleunigte Herzthätigkeit und wurde chlorotisch, sodass das Mittel ausgesetzt werden musste. Nun traten wieder die alten Symptome auf.

Noch weniger wirksam bei der Akromegalie erwiesen sich Jod, Phosphor, Natrium jodatum, Eisen und Thymuspräparate.

Verstraeten und Campbell wandten je einmal Arsen mit teilweisem Erfolg an. Schlesinger erzielte einmal durch antiluëtische Behandlung bei einem nicht syphilitischen Patienten Besserung des Sehvermögens. Ein anderes Mal hatte er mit dieser Kur bei einem ebensolchen Kranken keinen Erfolg. Caton versuchte einmal durch Operation der Hypophysengeschwulst die Krankheit zu heilen, aber ohne Erfolg. Das verlorene Augenlicht kehrte nicht wieder. Die Frau starb schon 3 Monate nach der Operation. Es fand sich bei der Section ein Sarcom, welches

beide Lappen der Hypophysis einnahm und schon Chiasma und die orbitale Fläche des rechten Lobus parietalis in Mitleidenschaft gezogen hatte.

Von einer wirklichen Heilung der Krankheit kann man also bisher noch nicht sprechen.

Sternberg unterscheidet in Bezug auf Dauer und Verlauf drei Formen und zwar:

„die benigne Form“ mit einer bis 50jährigen Dauer und geringen Beschwerden,

„die gewöhnliche, chronische Akromegalie“ mit einer Dauer von 8—30 Jahren und

„die acute, maligne Form“ mit einer Dauer von 3—4 Jahren.

Die erste Form mit sehr langer Dauer ist wohl die seltenste. Bonardi führt einen Patienten an, der im 74. Jahre starb, Dallemagne einen, welcher im 70. Lebensjahre starb.

Zur chronischen Form ist die Mehrzahl der Krankheitsfälle zu rechnen.

Die acute, maligne Form repräsentieren nach Sternberg diejenigen Fälle, bei denen ein Sarcom der Hypophysis gefunden wurde.

Die Prognose wird sich danach richten, je nachdem man nach Anamnese und Verlauf jeden Falles geneigt ist, ihn in eine der drei Formen einzureihen.

Vorliegender Fall, welcher im April 1899 in der Königlichen psychiatrischen Klinik zu Tübingen zur Beobachtung kam, ist mir durch die Güte des Herrn Prof. Dr. Siemerling zur Veröffentlichung überwiesen worden.

Anamnese:

Unsere Patientin, Frau W., wurde am 28. April 1899 in die psychiatrische Klinik zu Tübingen aufgenommen. Sie war damals 32 Jahre alt. Ihr Vater war stets gesund gewesen und starb vor 1½ Jahren an Wassersucht. Ihre Mutter litt 5mal an Gliederweh, war aber sonst immer gesund gewesen. Vor 4 Wochen ist sie an einem Herzleiden gestorben. Eine Schwester der Mutter ist geistig schwach, 3 Geschwister der Patientin starben in frühester

Jugend an Halsbräune. Ein Bruder starb an einem Magenleiden, einer endete durch Sturz. Alle 4 Schwestern sind verheiratet. Eine ist magenleidend.

Die Patientin litt während ihrer Kindheit an Scharlach, Krampfhusten, einem Ohrenleiden mit Ausfluss und an entzündeten Augen. Im Alter von 17 Jahren hatte sie Gliederweh. Sie will in der Schule gut gelernt haben. Vom 15. Lebensjahre an bekam sie immer regelmässig die Periode. Im Jahre 1891 verheiratete sie sich mit 24 Jahren. Im ersten Jahre ihrer Ehe wurde sie schwanger. Während der Schwangerschaft hatte sie ein Halsleiden, litt an Klopfen in den Adern und Ziehen in den Halsnerven. Eine Fehl- oder Frühgeburt trat nicht ein. Im September 1892 gebar sie Zwillinge. Während des Wochenbettes litt sie an Kopfschmerzen. Auch bemerkte sie damals zuerst, dass ihr Sehvermögen schwächer wurde. $\frac{5}{4}$ Jahr nach dieser Geburt setzte die Periode aus und ist bis jetzt nicht wiedergekehrt.

Da ihr Augenlicht immer geringer wurde, wurde sie im Jahre 1895 oder 1896 in einem Krankenhause 14 Tage lang mit einer Quecksilbersalbe behandelt. Während dieser Zeit soll noch einmal kurz die Periode aufgetreten sein. Die Behandlung half nichts. Die Sehschwäche nahm allmählich immer mehr zu. Dazu stellten sich häufige Kopfschmerzen ein, deren Sitz sehr wechselnd war. Ferner hatte die Kranke damals sehr häufig Erbrechen, oft 3 mal des Tages. In dieser Zeit begannen ihre Hände „aufzuschwellen“. Ob auch die Füsse an Grösse zunahmen, kann Patientin nicht genau angeben. Bei Anschaffung von neuen Schuhen sei ihr wenigstens keine Volumzunahme aufgefallen. Auch die Nase und die Lippen wurden grösser, ebenso nahm der Hals an Dicke zu.

Bis zu ihrer Aufnahme in die Klinik war sie in der Augenklinik zu Tübingen 3 Monate lang in Behandlung. Sie bekam dort Jodkali, später Thyreoidintabletten. Letztere hatten angeblich etwas Erfolg.

Zur Zeit klagt die Kranke über Schmerzen im Kopf, Hals und Genick, welche des Nachts stärker als bei Tage sein sollen. Die Schmerzen werden als brennend, stechend und klopfend angegeben. Das Genick und der Rücken sollen dabei brennend heiss werden. Oft habe Patientin Schmerzen in den Knochen der Beine. In den Oberarmen und den Waden bestehe auch zeit-

weise Reissen, dessen Auftreten oft blitzartig sei. Oft habe sie bald hier, bald dort das Gefühl fliegender Hitze.

Erbrechen habe sie jetzt alle 3—4 Wochen einmal. Ihr Appetit sei gering, ihr Durstgefühl gesteigert. Sie neige sehr zur Obstipation. Wasser müsse sie häufiger lassen als früher, sodass sie Nachts oft 4—5 mal aufstehen müsse.

Manchmal habe sie Herzklopfen. Das Treppensteigen falle ihr jetzt schwerer als früher. Häufiger habe sie Ohrensausen und Schwindelanfälle. Ohnmachtsanfälle habe sie nie. Ihr Gedächtnis sei jetzt nicht mehr so gut wie früher. Sie will schon als Kind etwas schwer gesprochen haben, doch soll die Sprache seit ihrer Erkrankung noch schwerfälliger geworden sein, wie wenn ihr die Zunge zu schwer wäre.

Die Arme seien ihr ganz schwer. Die Hände sollen leicht ins Zittern geraten. Sie seien meist kalt und werden oft nach stundenlangem Liegen im Bett nicht warm.

Patientin will jetzt nicht mehr schwitzen können, trotzdem sie früher viel, zumal an den Füßen, geschwitzt habe. Ihre Haut soll jetzt meist trocken und spröde sein.

Des Nachts habe sie häufig ängstliche Träume. Wenn sie nach solchem schweren Traume aufwache, könne sie vor Angst nicht mehr einschlafen. Dabei sei sie manchmal ganz starr wie im Krampf und könne nicht um Hülfe schreien. Ihre Stimmung sei meist traurig. Lachen könne sie nicht mehr. Sie mache sich viel Sorgen wegen jeder Kleinigkeit.

Status.

Die Intelligenz der Patientin ist mittelmässig. Ihre Schulkenntnisse sind gering; die Sprache ist schwerfällig. Die Haut ist verdickt, trocken und spröde. Der Puls ist klein, weich und frequent. In der Minute erfolgen ungefähr 94 Pulsschläge.

Der Schädel ist nirgends druck- noch klopfempfindlich. Die Trigeminuspunkte sind frei. Der Umfang des Schädels beträgt 56 cm, sein Querdurchmesser 19,5 cm, sein Sagittaldurchmesser 22 cm. Der Gesichtsschädel ist asymmetrisch zu Ungunsten der rechten Seite. Die Nasenwurzel ist tief eingezogen. Nase und Lippen sind verdickt. Die Zunge ist gerade, etwas belegt

und frei beweglich. Der N. facialis erscheint intakt. Die Ohren sind abstehend und verschieden hoch.

Die linke Lidspalte ist weiter als die rechte. Beiderseits besteht Ptosis. Die oberen Lider erscheinen verdickt, rechts mehr als links. Der Cornealreflex ist positiv. Auf der rechten Cornea befindet sich eine Macula. Die Augenbewegungen sind frei. In den Endstellungen kommt es bisweilen zu nystagmusartigen Zuckungen. Es besteht Convergenschwäche. Die Pupillen sind mittelmässig weit, beiderseits gleich gross und reagiren auf Lichteinfall. Die Pupillarreaction mittelst des Augenspiegels geprüft zeigt hemianoscopischen Charakter, links deutlicher als rechts. Die Prüfung des Gesichtsfeldes mittelst Handbewegungen ergibt bitemporale Hemianopsie, mittelst des Perimeters bitemporale Hemianopsie mit Einschränkung der Grenzen für weiss und Farben in den erhaltenen Gesichtsfeldpartien. Auf dem rechten Auge besteht Astigmatismus von 5 Dioptrien; mit bester Correction beträgt auf ihm $S = \frac{5}{24}$. Auf dem linken Auge ist $S = \frac{5}{15}$. Gläser verbessern nicht. Die ophthalmoskopische Untersuchung ergibt, dass die rechte Pupille normal, die linke in toto blass, atrophirt ist, die Arterien beiderseits etwas dünn sind.

Der Geruch erscheint beiderseits nicht gestört.

Die Prüfung des Geschmackes ergibt kein einwandfreies Resultat. Chinin wird als nicht „recht bitter“ bezeichnet.

Die Untersuchung des Gehörs hat folgendes Ergebnis: Beim Weber'schen Versuch wird der Ton nach links lateralisiert. Der Rinne'sche Versuch ist beiderseits positiv, rechts schwächer als links. Das Ticken einer Uhr wird rechts aus 20 cm, links aus 30 cm Entfernung gehört.

Die Schilddrüse ist kaum durchzufühlen.

Herz und Lunge sind gesund.

Die Dynamometermessung des linken Armes ergibt 30, die des rechten 45 kg. An beiden besteht kleinwelliger Tremor. Die Hände und Finger sind verdickt und vergrössert. Die Haut ist an ihnen ziemlich derb. Die Hände sind kühl, etwas cyanotisch. Paresen sind an den oberen Extremitäten nicht vorhanden. Die Periost- und Sehnenreflexe sind an ihnen lebhaft.

An den unteren Extremitäten sind Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen nicht vorhanden. Die Patellar- und Achillessehnenreflexe sind gesteigert. Die galvanische Untersuchung ergibt keine Besonderheiten.

Romberg'sches Symptom ist nicht vorhanden.

Der Urin ist trübe, hellgelb, frei von Zucker und Eiweiss. Sein spezifisches Gewicht beträgt 1025; er reagiert sauer. Nach längerem Stehen des Urins setzt sich reichliches sedimentum lateritium ab.

Ein therapeutisches Verfahren konnte in der Klinik nicht eingeleitet werden, da die Patientin schon am 1. Mai 1899 auf ihren Wunsch nach Hause entlassen wurde.

Ueberblicken wir noch einmal Symptome und Verlauf unseres Falles, so kommen wir zu folgendem Schluss:

Hereditär lässt sich bei der Kranken keine Disposition zu nervösen Krankheiten nachweisen. Die ersten Anzeichen der Krankheit reichen 7 Jahre zurück. Sie traten langsam und unbestimmt in der Zeit der Schwangerschaft auf. Während des Wochenbettes wurden sie schon deutlicher. Es traten die bei der Akromegalie eine so wichtige Rolle spielenden Sehstörungen hinzu. Sie standen während des ganzen Krankheitsverlaufes im Vordergrund und führten auch zuerst zur Consultation eines Arztes. Die Sehschwäche und die Atrophie der linken Pupille lassen auf eine Schädigung im Sehnervengebiet schliessen. Die bitemporale Hemianopsie beweist ganz klar, dass die Schädigung nur im vorderen oder hinteren Winkel des Chiasmus liegen kann und zwar ist sie nicht als primär anzusehen, sondern herrührend von dem Druck eines Tumors, der den anatomischen Verhältnissen nach nur eine Hypophysishypertrophie sein kann. Welcher Art diese Geschwulst ist, lässt sich nicht mit Bestimmtheit sagen. Nur kann man wohl infolge der längeren Dauer der Krankheit ein Sarcom ausschliessen.

In den nächsten 3—4 Jahren entwickelte sich die Krankheit weiter und blieb dann bis jetzt ziemlich stationär. 1 $\frac{1}{4}$ Jahr nach der Geburt trat das bei Akromegalie constante Symptom der frühzeitigen Menopause ein. Bald darauf entwickelten sich die typischen Vergrösserungen der Hände und Finger; Kopf und Hals veränderten sich ebenfalls. Andere Zeichen einer Hirngeschwulst

traten hinzu, so vor Allem die ständigen Kopfschmerzen, dann die Schwindelanfälle, das Erbrechen und die Gedächtnisschwäche. Die Glieder begannen bald hier, bald dort zu schmerzen. Die traurige Gemütsstimmung, das Angstgefühl, die schweren Träume, das Hitze- und Kältegefühl, Polydipsie und Obstipation gehören zu den inconstanten Symptomen der Akromegalie.

Der durch die Thyreoideatabletten angegebene Erfolg kann wohl nur ein ganz geringer gewesen sein.

Da die inneren Organe der Patientin noch gesund sind und sie sich noch verhältnismässig wohl befindet, kann man wohl auf Jahre lange Dauer der Krankheit rechnen und ihre Form als die gewöhnliche chronische Akromegalie bezeichnen.

Dasjenige, was bei diesem sonst ziemlich typischen Fall von Akromegalie als interessant hervorgehoben zu werden verdient, ist Folgendes: Es fehlt die Kyphose der Wirbelsäule im unteren und oberen Brustteile. Die Füße haben nicht den ausgesprochenen akromegalischen Charakter angenommen. Die inneren Organe sind seltener Weise ganz gesund. Die Schweissabsonderung ist nicht wie bei den meisten Fällen krankhaft vermehrt, sondern sogar fast gänzlich aufgehoben.

Wenn es auch nicht geglückt ist, durch Veröffentlichung dieses Falles in der Pathogenese der Akromegalie mehr Klarheit zu verschaffen, so wäre aber dennoch der Zweck dieser kleinen Arbeit vollauf erreicht, wenn es gelingen sollte, durch sie die Pathologie dieser Krankheit, vor allem ihre Beziehung zur Hypophysis um einen interessanten Fall vermehrt zu haben.

*

.

*

Zum Schlusse habe ich die angenehme Pflicht, Herrn Prof. Dr. Siemerling für die Ueberlassung der Krankengeschichte und für die gütige Unterstützung bei der Anfertigung dieser Arbeit meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Neurologisches Centralblatt 1886, 1888—1901.

Oppenheim, Lehrbuch der Nervenkrankheiten.

Specielle Pathologie und Therapie, herausgegeben von Hofrat
Prof. Dr. Hermann Nothnagel: VII. Band, II. Teil.
Die Akromegalie von Dr. Sternberg.

Ein Fall von Akromegalie von Dr. Ludwig Linsmayer.

Ein Beitrag zu den Sehstörungen bei Zwergwuchs und Riesenwuchs,
resp. Akromegalie von Professor W. Uhthoff.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Wilhelm Bruno Ladisch, evangelischer Confession, wurde am 2. Februar 1877 zu Arnswalde als Sohn des verstorbenen Hotelbesitzers Wilhelm Ladisch geboren. Den ersten Schulunterricht genoss er privatim. Von Ostern 1885 bis Ostern 1890 besuchte er die damalige Mittelschule seiner Vaterstadt, von Ostern 1890 ab das Stadtgymnasium zu Stettin. Von diesem wurde er Michaelis 1896 mit dem Zeugnis der Reife entlassen. Dann studierte er nacheinander auf den Universitäten zu Greifswald, München, Berlin und Kiel Medizin. Die ärztliche Vorprüfung bestand er im Mai 1899 in Berlin, das ärztliche Staatsexamen im April 1902 in Kiel. Seiner Militärpflicht mit der Waffe genügte er bei dem III. Bataillon Infanterie-Regiment Prinz Moritz von Anhalt-Dessau (5. Pomm.) No. 42 in Greifswald vom 1. April bis 30. Oktober 1897. Als einjährig-freiwilliger Arzt diente er bei der Kaiserlichen II. Matrosendivision in Wilhelmshaven vom 1. Juli bis 31. December 1902. Vom 1. Januar bis 11. Februar 1903 leistete er bei demselben Marineteil eine freiwillige Uebung als Marine-Unterarzt der Reserve ab. Im März 1903 wurde er zum Marine-Assistenzarzt der Reserve befördert. Im Mai 1903 bestand er in Kiel das examen rigorosum.

